5-76 - 34992
469

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 N

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 17 juillet 1905, à 1 heure

PAR

Jean CARNUS

ÉTUDE COMPARATIVE

des divers Traitements de

L'INFECTION PUERPÉRALE

Président : M. Paul SEGOND, *Professeur.*

Juges : MM. BROCA Aug., *Agrégé.*
LEGUEU, *Agrégé.*
GOSSET, *Agrégé.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des Enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques.
BRINDEAU.	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA PLUS DÉVOUÉE DES MÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

36570

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0000joan

INTRODUCTION

Nous avons eu l'idée, à la fin de nos études médicales de grouper en un travail d'ensemble, les différentes méthodes et les multiples traitements proposés contre l'infection puerpérale. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de connaître à fond les moyens dont nous disposons aujourd'hui tant médicaux que chirurgicaux, tant conservateurs qu'opératoires, de façon à pouvoir, suivant les cas, suivant la localisation ou la généralisation de l'infection, lutter victorieusement contre cette redoutable complication des suites de couches.

C'est dans le service de M. le **docteur Boissard** que nous avons eu l'idée de ce travail, en écoutant attentivement les leçons cliniques qui nous ont permis de reconstituer facilement l'historique de cette question et de suivre pas à pas les phases par où elle a passé jusqu'à ce jour : c'est avec plaisir que nous adressons ici à notre maître nos plus vifs remerciements pour son précieux enseignement.

De tous les médicaments si nombreux préconisés jadis dans le traitement de l'infection puerpérale, il ne reste absolument rien. Les uns, comme l'opium, l'aconit,

la belladone, la jusquiame, le lactucarium, les bromures, le camphre, le chloral, les antispasmodiques en général, ne s'adressaient qu'au symptôme douleur et n'arrivaient qu'à masquer la gravité du processus infectieux, bien plus, leur action frénatrice sur l'élément nerveux entravait dans bien des cas les phénomènes naturels de la défense organique. Les autres, comme le mercure, l'acide salicylique, l'iode, le thymol, le formol, la térébenthine, se sont montrés tout à fait indignes de la réputation de spécifiques qui leur était prodiguée par certains auteurs. Le sulfate de quinine, le quinquina, l'acide phénique, l'alcool, la noix vomique, le quassia, le simarouba, le colombo, la gentiane, le viburnum prunifolium, la strychnine, la caféine, la théobromine, ont survécu quelque temps comme antithermiques et toniques à la fois. Leur rôle d'antidéperditeurs est niée par les thérapeutes qui leur reconnaissent uniquement la propriété de provoquer une excitation momentanée au préjudice de la santé générale.

Ainsi que l'enseigne notre maître, M. le professeur Pouchet, que nous sommes heureux de remercier ici de l'hospitalité qu'il a bien voulu nous donner dans son laboratoire dans le courant de nos études médicales, et des conseils sages et éclairés dont il nous a toujours entouré, ces médicaments font tomber la température dans les états infectieux parce qu'ils intoxiquent les centres nerveux.

Le remède vraiment efficace de la septicémie puerpérale serait celui qui détruirait dans l'organisme le germe infectieux ou neutraliserait l'action de ses toxines. Mal-

heureusement nous ne le possédons pas et malgré les découvertes faites par **Pasteur**, **Doléris** et **Widal**, des différents micro-organismes qui sont la cause de l'infection puerpérale, le sérum curatif n'est pas encore connu.

Des espérances ont été fondées longtemps sur le sérum antistreptococcique ; mais ni celui de Marmoreck, ni celui de l'Institut Pasteur, ni celui du *British Institut* n'ont donné de résultat dans les cas graves.

Fry cite une statistique de 35 p. 100 de mortalité ; **Bar** et **Tissier** rapportent 13 cas dont 6 morts ; **Davis** et **Barton**, **Cook**, **Hirst**, donnent une statistique presque aussi sombre. Ces tristes résultats s'expliquent facilement étant donnée la diversité des microbes trouvés dans les lochies fétides. Nous ajoutons que ce traitement peut être dangereux puisque Gaulard, Bar et Tissier citent deux cas dans lesquels la mort était certainement due au sérum.

Nous laisserons donc de côté dans notre modeste étude la question de la sérothérapie sur laquelle on ne peut avoir d'opinion fixe. Nous n'insisterons pas non plus sur les injections intra-utérines qui peuvent avoir une action dans les cas véritablement bénins, posant d'abord en principe, cette opinion qu'une injection intra-utérine doit toujours être pratiquée dans les cas où on a le moindre doute sur la désinfection parfaite de l'utérus. De même, les injections intra-utérines continues dont Pinard s'est fait l'instigateur, suffisent parfois sans autre intervention ; là encore ce sont des infections légères que nous laisserons de côté.

Nous diviserons notre thèse en six chapitres :

1° Ecouvillonnage, curage et curettage de l'utérus ;

2° Sérum physiologique et bains froids :

3° Abcès de fixation :

4° Collargol ;

5° Hystérectomie ;

6° Autres interventions chirurgicales tentées lorsque le processus infectieux a dépassé la barrière utérine.

CHAPITRE PREMIER

De l'écouvillonnage, du curage et du curettage de l'utérus

Le curettage a été emprunté par les accoucheurs aux gynécologues. Vanté par quelques auteurs en France, puis complètement tombé dans l'oubli, il a été remis en honneur par Doléris en 1886. Celui-ci en exposa les avantages à la Société d'obstétrique et de gynécologie du 11 mars, la même année. Il rencontra beaucoup d'adversaires et longtemps encore on fut divisé en France sur cette question. Les partisans de l'autre méthode, parmi lesquels nous citerons Tarnier et Pinard, se bornaient à pratiquer l'irrigation intra-utérine continue.

Celle-ci combattant l'infection, favorisant à la fois l'élimination des produits putréfiés, donne encore d'excellents résultats à la maternité Baudelocque.

En Allemagne, l'intervention par la curette fut adoptée rapidement par les accoucheurs qui la firent suivre dans les cas d'avortement de la cautérisation par l'acide phénique et le perchlorure de fer. Prochownich, en 1883, rapporte vingt-cinq cas de curettage avec trois guérisons. Mosès, en 1884, formule ainsi le traitement

de l'avortement incomplet ; curettage, injection intra-utérine et cautérisation de muqueuse. Browne donne le précepte en 1886 de se servir de la curette au cas d'avortement et d'employer le doigt après les accouchements.

A la suite des mémoires de Doléris beaucoup d'accoucheurs se sont ralliés à sa méthode et le curettage fut regardé par la plupart des auteurs comme la ressource ultime pour débarrasser l'utérus à la suite d'une rétention du placenta ou des membranes. Patru, en 1896, est d'avis de pratiquer ce curettage précoce dans tous les cas d'avortement sans attendre la moindre élévation de température. R. Sorel (du Havre) et Hamon la même année, concluent dans le même sens « après l'avortement des deux premiers mois, le curettage doit être préféré à la délivrance artificielle. »

Cependant, cette méthode si vantée par un grand nombre d'accoucheurs pour son efficacité et sa simplicité à conservé des ennemis irréconciables. En 1898, Fritsch et Olshausen se prononcent contre le curettage. Ils croient qu'il est impossible de curetter toute la muqueuse à cause des plis et des sinus. Les solutions de continuité produites par la curette ou un instrument quelconque introduits dans la cavité utérine sont une porte d'entrée pour les germes infectieux.

Cette opinion est aussi celle de Gouzartschick qui se contente de drainage capillaire de l'utérus.

Les craintes de ces auteurs ne reposent que sur des données théoriques. Il suffit de jeter les yeux sur les courbes thermiques des femmes qui ont subi un curet-

tage pour voir que l'intervention amène presque toujours une chute de la température. Personne n'a prouvé que le passage de la curette dans l'utérus aient déterminé une augmentation de la fièvre et un état général plus grave. **Durhssen**, en 1899, reprend le reproche déjà formulé par **Gessner** et accuse le curettage de produire fréquemment des perforations de l'utérus : il cite une opération commencée par le curettage et terminée par l'hystérectomie vaginale, qui montra l'utérus arraché dans plusieurs endroits. Dans toutes les observations relatées d'hystérectomie vaginale ou abdominale, l'utérus a été trouvé très friable et l'adhérence intime de la muqueuse et du placenta indique assez que la curette peut facilement blesser l'utérus si elle n'est maniée avec grande précaution.

Cependant les cas relatés de perforation sont rares.

Sans nous arrêter à l'opinion de **Huguier** qui dit : « Sur près d'un millier d'utérus qui me sont passés par les mains, je n'en ai rencontré qu'un seul qui fut assez ramolli pour qu'il put être traversé par l'extrémité d'une sonde ou de la curette », nous admettrons volontiers avec **Auvard**, n'ayant eu à déplorer qu'une perforation sur 170 cas, que la curette ne perfore pas l'utérus mais bien le dilatateur qui crée la voie par laquelle s'engagera plus tard l'instrument. Cette opinion est d'ailleurs celle de **Colle**, de **Rebreyend** et de **Lenoir**.

Feinberg pense que celle-ci ne peut se produire que par des manœuvres trop brusques de l'opérateur et il croit que la curette est encore l'instrument de choix

pour débarrasser la cavité utérine. D'après lui, le curettage est bien préférable au curage digital qui fatigue la malade et nécessite des manœuvres plus prolongées. Nous avons eu l'occasion de voir dans le service du docteur Boissard pratiquer sous chloroforme un nettoyage par le doigt de l'utérus à la suite d'une rétention post-puerpérale et alors que l'opérateur était convaincu d'avoir complètement débarrassé la cavité utérine, le chef de service ramenait encore par la curette de nombreux débris de placenta ou de membranes. Le curage digital nous semble convenir seulement au cas où il reste dans l'utérus quelques heures après l'accouchement, un fragment placentaire. Le doigt, en même temps qu'il saisit ce fragment, provoque de la part du muscle utérin des contractions qui aident la délivrance et l'intervention ressemble alors au pétrissage recommandé par **Budin** et **Bonnaire**, pour faciliter l'expulsion du placenta aussitôt après l'accouchement. Mais dans le cas que nous avons en vue, il s'agit moins d'une rétention que d'une infection de la muqueuse utérine, et la curette par son action sur les couches artificielles de celle-ci nous semble préférable au doigt.

Carteret, en 1900, rappelle encore les inconvénients du curettage et le qualifiant de procédé aveugle, il vante l'expression abdomino-vaginale de l'utérus, préconisée par **Budin** en la faisant suivre au besoin d'un écouvillonnage de la cavité utérine. Nous reconnaissons encore que cette manœuvre peut suffire lorsqu'il s'agit seulement de débarrasser l'utérus, avant l'apparition de phénomènes graves ; mais Carteret avoue lui-même

que l'écouvillonnage doit être fait préventivement, et même alors, n'arrive pas toujours à empêcher l'infection de se produire. Ajoutons qu'il nous semble plus difficile de saisir par le doigt ou l'écouvillon de Doléris, quelques débris de membranes.

On a encore reproché à la curette de produire l'hémorragie ou de la rendre plus abondante. Nous n'avons jamais vu cet inconvénient se produire. A la fin d'un curettage, nous avons assisté à une hémorragie survenue brusquement qui pouvait inspirer des craintes à cause du mauvais état général de la malade. Au moment où l'opérateur se préparait à faire un tamponnement du vagin, l'hémorragie s'arrêta subitement. Il est certain que le tranchant de la curette peut blesser des vaisseaux d'une certaine importance, mais on comprend aussi que le râclage amène des contractions du muscle utérin et soit hémostatique au même titre que la main dans la délivrance artificielle.

Nous croyons donc que le curettage est la méthode de choix dans le traitement de l'infection puerpérale. Nous nous bornerons à rappeler encore l'attention sur la friabilité de l'utérus *post partum* et nous demanderons au chirurgien la plus grande prudence.

Cette opération amène le plus souvent la chute de la température en lysis. On trouve pourtant quelquefois une défervescence brusque avec une disparition subite de tous les phénomènes graves.

Nous voyons dans la *Thèse* de Hamon un exemple saisissant de ce mode de guérison.

Observation I

Publiée *in* Hamon. *Thèse*, Paris, 1896.

Fausse couche de trois mois. Rétention placentaire. Fièvre, douleur dans le ventre. Curettage. Ablation du pansement intra-utérin huit jours après. Guérison.

Mme L..., âgée de 25 ans, est d'une santé assez délicate, sans toutefois être malade. Elle eut sa première grossesse en 1893. Pendant cette grossesse, elle eut des douleurs continuelles dans le ventre et des vomissements fréquents. L'accouchement à terme s'est passé normalement; les suites de couches ont été bonnes; l'enfant est bien portant. La deuxième grossesse a eu lieu en 1894; même état douloureux et mêmes vomissements; accouchement et suites de couches normaux.

L'enfant est mort de diphtérie.

Il y a deux mois, elle est redevenue enceinte : pendant ce début de grossesse, elle a eu de nouveau des vomissements fréquents et elle était très affaiblie. Il y a quinze jours, elle a fait un voyage à la suite duquel les vomissements ont cessé; après son retour, elle était très fatiguée et très faible.

Le mardi soir, 30 juillet 1895, elle a commencé à ressentir de très vives douleurs dans le ventre.

Le mercredi 31, aux douleurs s'ajoute une diarrhée abondante.

Le 1er avril, à cinq heures du soir, elle fait une fausse couche.

Le docteur Lausiés n'a pu avoir le placenta, qui est resté inséré dans la cavité utérine.

Il fait des injections d'eau phéniquée.

La nuit, la malade a souffert de violents maux de tête.

Le vendredi matin, 2 août, la malade a eu de fortes coliques

et a rendu un caillot sanguin. Sa température est élevée et elle a toujours des douleurs dans le ventre.

A cause de la fièvre, des douleurs et de la rétention placentaire, le docteur Lausiés appelle le docteur Sorel en consultation. Ce dernier, partageant l'avis de son confrère, estime qu'il y a lieu de faire un curettage pour enlever le placenta et désinfecter la cavité utérine.

A cause de l'état de faiblesse de la malade, le docteur Sorel procède à l'opération sans anesthésie.

Savonnage du périnée, de la racine des cuisses et du vagin. Lavage au sublimé à 1 p. 100 ; le col est amené à la vulve par une pince à traction ; la curette débarrasse l'utérus du placenta ; injection de sublimé dans la cavité utérine, tamponnement avec du chlorure de zinc en solution au 1/10 ; mèche iodoformée dans la cavité utérine ; un feuillet de gaze iodoformée sur la vulve et ouate hydrophile.

La malade est reportée dans son lit ; elle a encore des frissons et 40° de température ; la nuit, elle a des sueurs abondantes.

3 août. Ce matin, la malade va bien ; pas de douleurs abdominales ; température et pouls normaux (T., 36°2).

Etat très bon ; la malade est purgée.

4 août. On commence à alimenter la malade : lait, bouillon et œufs.

16 août. — Le huitième jour, le pansement est fait ; jusqu'à ce jour, on s'était contenté de toilettes vulvaires ; injections vaginales de sublimé, les mèches intra-utérines sont enlevées, l'utérus est revenu sur lui-même.

Etat général très bon. Guérison.

Malheureusement le curettage ne produit pas toujours ce résultat favorable. Souvent l'infection est trop profonde, la température ne baisse pas du tout ou bien après une amélioration de quelques heures, les symp-

tômes reprennent leur gravité. Dans ce cas, le processus septique a dépassé la muqueuse utérine, il ne s'agit plus d'une lésion superficielle accessible à la curette ; une intervention plus sérieuse peut seule sauver la vie de la malade.

Quelques chirurgiens ont préconisé alors un second curettage. On trouve en effet en 1898 une observation de **Fieux** qui n'a pas hésité à introduire trois fois la curette dans la cavité utérine. Les deux premières fois l'instrument ramène des débris placentaires, la troisième fois des débris blanchâtres d'apparence sphacélée. La température, après une chute de quelques dixièmes de degrés, remontait subitement ; à la suite de la troisième intervention, elle resta à la normale. L'auteur conclut que l'ascension de la température est le témoignage certain d'une désinfection insuffisante et qu'il ne faut pas hésiter à introduire la curette à nouveau. **Pinard** recommande de ne pas faire de curettages et nous croyons que pratiquer plusieurs fois cette intervention c'est s'exposer, suivant le mot de **Doléris**, à *gratter derrière l'ennemi la place où il a passé.*

Pinard et **Wallich**, en 1896, préconisèrent les irrigations continues après le curettage comme le seul mode d'action contre l'infection générale. A la clinique Baudelocque on emploie la solution de bi-iodure de mercure à 1 p. 2.000 dédoublée par l'addition d'une égale quantité d'eau chaude, ce qui fait une solution à 1 p. 4.000. Tarnier se servait pour ces injections intra-utérines de permaganate de potasse en solution à 1 p. 2.000. On a préconisé l'acide phénique, aujourd'hui abandonné

de presque tous les chirurgiens et accoucheurs, à cause des phénomènes d'intoxication qu'il détermine. Le sublimé à 1 p. 5.000 a été délaissé pour la même raison après avoir paru quelque temps le meilleur des antiseptiques. Nous avons lu dans la thèse de M. **Audebert,** soutenue à Bordeaux en 1890, plusieurs observations où les lavages intra-utérins aux solutions de sublimé fortes à 1 p. 2.000 n'ont produit aucun abaissement de la température après le curettage. Dans les observations suivantes, plusieurs injections ont été faites, très abondantes dans la cavité utérine. Celles qui ont été pratiquées avant le curettage n'ont produit aucun résultat, celles qui ont suivi l'intervention semblent avoir contribué à la défervescence.

Observation II (Personnelle.)

Mme D... Augustine, 28 ans, domestique, entre le 17 août à l'hôpital Tenon où elle est traitée pour tuberculose pulmonaire.

Elle y reste cinq jours.

Chaque soir pendant ce laps de temps sa température approche 40°

Le 21 août, à 8 heures du soir elle est prise soudain d'une hémorragie utérine et expulse un fœtus de 4 mois environ. La plus légère traction sur le cordon le sépare, le placenta étant très adhérent. L'interne de service s'abstient de toute intervention et le lendemain 22 août cette femme est transférée à la maternité de l'hôpital.

Le pouls est à 140, la température 39°2.

La délivrance artificielle est pratiquée après la dilatation digitale du col et la plus grande partie du placenta retirée.

Injection intra-utérine de six litres de sublimé à 0,25 p. 100.

500 grammes de sérum artificiel. Champagne.

Piqûre de caféine et piqûre d'éther.

Dans la journée, à différentes reprises, sérum artificiel.

Le soir, amélioration de l'état général.

Le 23 août. Température 39°4 le matin. Un curettage jugé nécessaire est alors pratiqué après dilatation du col. Celui-ci est excorié sur tout le poutour de son orifice utérin. De nombreux débris placentaires sont ramenés Lavage intra-utérin. Un drain est placé dans l'utérus et de l'ouate est appliquée sur la vulve.

500 grammes de sérum artificiel. Champagne et injection de sublimé.

Le 24 août. Le matin, injection de sublimé. La température est encore élevée, 39°.

L'après-midi, injection intra-utérine.

La malade a de la congestion pulmonaire.

Le 25 août. Injection intra-utérine. 500 gr. de sérum artificiel et injection de sérum de Marmoreck.

Le 30 août. Amélioration notable.

Le 5 septembre: On enlève le drain.

Le 7 septembre. La malade repasse en médecine pour soigner sa tuberculose.

Nous présentons deux autres observations dans lesquelles, après une défervescence manifestement due au curettage, la température a remonté et a cédé ensuite aux irrigations intra-utérines.

Observation III (Personnelle).

Avortement. Curettage. Défervescence. Nouvelle ascension thermique. Inspection intra-utérine. Guérison.

La nommée Pauline B..., 25 ans, journalière, entre le 2 août 1904 à l'hôpital Tenon dans le service de M. le docteur Boissard.

Elle a toujours été régulièrement réglée depuis l'âge de 17 ans et n'accuse aucune maladie antérieure.

Il y a deux ans elle est accouchée à 6 mois et demi d'un enfant mort. Les suites de couches ont été bonnes. La malade a eu ses dernières règles du 26 avril au 3 mai. Le 27 juillet à la suite d'un effort elle fit une perte assez abondante, garda le lit durant deux jours, après quoi elle reprit ses occupations ; le 29, l'hémorragie recommence pour ne plus disparaître et le 2 août elle entre à l'hôpital sans avoir vu de médecin.

A son entrée, température 40°, pouls petit et rapide ; douleurs de ventre et perte de sang par suintement. Au toucher on trouve le col ouvert, l'utérus un peu gros, mobile, les annexes libres.

On pratique de grandes injections chaudes de sublimé.

Le 5 août. On fait prendre à la malade un grand bain et on lui donne un purgatif.

Le 6 août. On administre le chloroforme et on fait un curettage, après quoi un drain est laissé à demeure. A son réveil, la malade se trouve bien. Le 6 au soir la température tombe à 38°2.

Le 7 août. A la même heure elle n'est plus que de 37°5.

Le 8 août. La température étant plus élevée on ordonne des injections intra utérines que l'on renouvelle chaque jour.

Le 13 août. La température est encore à 39°.

Le 15 août. Le drain est expulsé de l'utérus. Injection intra-utérine au moyen de la sonde de Budin.

Le 18 août. La température descend, on continue les injections intra-utérines.

Le 24 août. La malade n'a plus de température, son état général est bon. Lavages intra-utérins avec la sonde de Budin.

Le 26, la fièvre disparaît complètement, température 36°3. Injections intra-utérines.

Le 29, la malade sort guérie, après avoir pris sa dernière injection intra-utérine.

Observation IV (Personnelle)

Fausse couche de trois mois. Curettage, défervescence. Nouvelle ascension thermique. Injection intra-utérine, Guérison.

Le 11 juillet 1904, entre à la maternité de l'hôpital Tenon, une femme Alexandrine V..., 22 ans, ayant fait en ville un avortement à 3 mois 1/2, trois jours auparavant.

Le 11 au soir, la température monte, la malade a un frisson, on constate la fœtidité des lochies. On pratique immédiatement un curettage sans anesthésie. Injection intra-utérine. Drain intra-utérin, mèche vaginale. Le soir, la température est tombée à la normale, mais la malade accuse de la céphalalgie.

Le 13, le matin, la température atteint 38°. Purgation. La mèche vaginale est retirée et, deux fois dans la journée, on fait des lavages et injections.

Le soir, température 38°9.

Le 14, l'interne pratique le matin une injection intra-utérine, le soir on fait une injection vaginale.

Température, 39°2.

Le 15, comme la veille, injection intra-utérine dans la matinée

Le 16, la fièvre persiste le matin avec céphalalgie intense.

Dans la journée, la température commence à baisser. Le soir, température 38°2.

Le 17, température normale ; l'utérus est petit et rétracté. La malade a expulsé encore encore quelques caillots.

Le 18, même état.

Le 19, la malade a une hémorragie assez abondante.

Le 20, plus de pertes de sang. Très bon état général.

Le soir, 37°8.

Le 27. Du 20 au 27, température normale, très bon état. Guérison.

Dans nos observations, les injections intra-utérines ont été faites à une solution faible de sublimé. Mais on a soin, à la maternité de l'hôpital Tenon, pour éviter toute intoxication, de ne se servir que de solutions alcooliques de sublimé, qu'on étend ensuite d'eau stérilisée.

Du reste, les injections ne jouent guère qu'un rôle mécanique. Ceci peut expliquer comment elles n'abaissent la température que dans les infections légères ou à la suite d'un curettage, c'est-à-dire dans les cas où la fièvre est due à la rétention.

Dans le même but de drainage, nous avons vu, dans le service de M. le docteur **Boissard,** faire suivre tous les curettages de l'établissement du drain qui doit rester dans le col jusqu'à la disparition complète des symptômes d'infection.

Au point de vue du procédé opératoire, nous trouvons simple et complet celui qui est exposé dans la thèse de **Hamon.** Nous croyons seulement, contre l'avis de cet auteur, qu'il est préférable d'endormir la malade.

L'anesthésie générale nous paraît indiquée dans une opération qui nécessite un grande immobilité de l'opérée, et quant au reproche formulé par M. **Pinard** à la narcose de produire des hémorragies plus abondantes, il ne nous semble pas de nature à nous faire changer d'opinion d'après les faits observés. Du reste, *il faut savoir s'orienter suivant les cas*, et si un utérus à terme, avec un col largement ouvert, une cavité cervi-

cale suffisamment dilatée peut permettre l'introduction d'une curette sans douleur et, par suite, sans inconvénient, dans les utérus plus petits, infectés à la suite d'un avortement, on est obligé d'endormir la malade, pour peu surtout qu'elle soit nerveuse.

CHAPITRE II

Des bains froids et du sérum artificiel.

Lorsque l'effet que nous attendions du curettage ne s'est pas manifesté, nous devons chercher ailleurs le moyen de lutter contre l'infection et de relever les forces de la malade.

Les *bains froids* et le *sérum artificiel* rempliront cette indication dans certains cas.

Chabert, dans sa thèse très documentée parue en 1884, à Lyon, sur le traitement de l'infection puerpérale par les bains froids, a fait une très belle étude de la question.

Comme le dit très bien, avant lui, M. le professeur **Vincent**, de Lyon, par qui sa thèse était inspirée, personne n'avait songé à appliquer d'une manière méthodique les bains froids dans le traitement de l'infection puerpérale ; tous avaient reculé devant leur emploi impossible sinon dangereux, d'après eux.

Stolz les trouve un moyen héroïque mais trop chanceux réservé aux cas désespérés.

Playfair vante les applications externes de froid sur le corps, mais exclut les bains froids.

Schrœder est le seul auteur qui recommande forte-

ment les applications externes de froid dans le traite-de la fièvre puerpérale.

La technique préconisée par **Vincent** est la même que celle que celle qui a été réglée par **Brand** pour la fièvre typhoïde et vulgarisée par l'école lyonnaise. Cependant **Vincent** prescrit d'abord des bains froids à 26°, faisant ensuite abaisser la température jusqu'à 18°.

Nous ne saurions mieux faire pour démontrer la défervescence qu'il a obtenue par ce moyen que de relater deux des observations de la thèse de **Chabert**.

Observation V

Fièvre puerpérale. Frissons. Délire. Bains froids. Guérison.

(In *Thèse* Chabert, Lyon, 1884.)

Marie P..., âgée de 24 ans, primipare, entre à la Maternité le 17 mars 1884.

Pas d'antécédents pathologiques. Grossesse bonne. Accouchement normal le 19 avril.

Délivrance naturelle.

Pas d'albumine dans les urines,

20 avril. Température 37°3. Injection et pansement sublimés.

21 avril. Température 37°. Injection et pansement sublimés.

22 avril. Température 37°4. Sécrétion laiteuse.

23 avril. Température 37°8.

24 avril. Frissons, puis accès de fièvre et délire. Température de 40° Thé au rhum. Soir : température 39°8.

25 avril. Température 38°4. La malade va mieux.

27 avril. Injection et pansement sublimés.

28 avril. La température remonte à 40°.

29 avril. La température se maintenant élevée, on met la malade aux bains froids.

3 mai. La température qui était descendue à 38° 6 est remontée. La malade ne délire plus. Langue saburrale, rouge à la pointe. Quelques coliques. La malade n'a pas eu de selles depuis trois jours. Lavement émollient.

6 mai. Toux : point thoracique à gauche, quelques filets de sang dans les crachats, rien à la percussion.

A l'auscultation, signes de bronchite des deux côtés avec râles sous-crépitants et sibilants.

12 mai. Etat général bon. L'appétit est revenu. La toux a disparu.

22 mai. La malade, complètement rétablie, quitte l'hôpital.

Tableau comparatif de la température prise avant et après chaque bain.

		Température rectale		Dates
		Avant le bain	Après le bain	Accouchement le 19 avril 1884
Bain à 28°	1er bain..	40°0	30°6	29 avril 10 h. matin
	2e — ..	41°0	40°2	29 — 3 h. soir
Bain à 25°	3e — ..	40°0	39°2	29 — 10 h. soir
	4e — ..	40°4	39°4	30 — 11 h. matin
	5e — ..	40°2	39°0	30 — 3 h. soir
	6e — ..	39°9	38°4	30 — 9 h. soir
	7e — ..	41°0	40°0	1er mai 3 h. soir
	8e — ..	40°2	39°0	2 — 3 h. soir
	9e — ..	40°4	40°0	3 — 3 h. soir
	10e — ..	40°0	39°0	4 — 9 h. matin
	11e — ..	39°2	38°0	5 — 3 h. soir

Observation VI

(*In thèse*, Chabert, Lyon, 1884).

Jeanne-Marie D..., âgée de 20 ans, primipare entre à la Maternité le 26 avril 1884.

Santé habituelle bonne. Pas d'antécédents pathologiques. Grossesse bonne.

26 avril. Accouchement normal. Délivrance naturelle. Déchirure de la fourchette. Injection et pansement phéniqués. Température 37°3.

27 avril. Température 37°8. Lochies séro-sanguines assez abondantes. L'utérus est à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic. La malade urine seule. Pas de selles.

28 avril. Matin. Température 38°6. Légère transpiration cette nuit. La régression utérine se fait lentement. Lochies séro-sanguines peu abondantes. Ventre douloureux à la pression et légèrement ballonné.

Cataplasmes émollients. Lavement suivi de plusieurs selles. Purgation. Injection et pansement phéniqués. Soir, température : 39°.

1er mai. Nuit bonne, ventre non douloureux. Lochies séreuses peu abondantes. Injection et pansement phéniqués. Température 38°

4 mai. Matin. Température 39°5. La malade a des frissons. Vomissements alimentaires et bilieux. Douleurs vives dans tout l'abdomen. Lochies séreuses sans odeur. Soir : Température 41°.

6 mai, les vomissements continuent encore le matin. Température 39°. Le ventre est légèrement ballonné. Soir. Température 41°. On met la malade aux bains froids.

Dans l'intervalle des bains on tient constamment appliquée sur le ventre une vessie remplie de glace.

8 mai. La température est tombée on cesse les bains froids

et les applications de glace. Le ventre est toujours douloureux à la pression. On ne sent pas d'empâtement dans les fosses iliaques. Rien au toucher dans les culs-de-sac. En un mot pas de localisation.

14 mai. Amélioration très marquée.

19 mai. La malade est en pleine convalescence. Le ventre est redevenu souple et non douloureux.

24 mai. La malade se lève deux heures sans fatigue.

26 mai. — Guérison complète.

Tableau comparatif de la température avant et après chaque bain.

		Température rectale		Date de l'accouchement : le 26 avril 1884.	
		Avant le bain	Après le bain		
		—	—		—
Bains à 28°	1er bain	41°0	39°5	5 mai	3 h. soir.
	2e —	41°3	40°	5 —	9 —
Bains à 25°	3e —	40°	38°6	6 —	1 h. matin.
	4e —	39°6	38°9	6 —	4 —
	5e —	39°5	38°8	6 —	9 —
	6e —	40°2	39°5	6 —	3 h. soir.
	7e —	40°6	39°4	7 —	3 h. matin.
	8e —	39°8	38°5	7 —	3 h. soir.
	9e —	39°8	38°	8 —	8 —
	10e —	39°6	38°		

L'action des bains froids dans la fièvre puerpérale est la même que dans toutes les infections. Le résultat le plus manifeste de cette méthode est l'abaissement de la température. Un mémoire très intéressant d'**Aubert** *sur la physiologie des bains froids* montre les oscilla-

tions de la température centrale et de la température périphérique à divers moments du bain ; lors de l'immersion, la chaleur centrale s'élève et la chaleur périphérique s'abaisse ; l'effet inverse se produit à la sortie. Ces variations sont certainement sous la dépendance des phénomènes circulatoires ; le froid produisant une diminution de la circulation périphérique accompagnée d'une accélération de la circulation profonde et la réaction amenant les phénomènes inverses. Ces faits d'oscillations mis à part, il est certain que la température s'abaisse d'une façon générale à la suite du bain froid.

Cette défervescence de quelques heures est salutaire à la malade qui prend immédiatement un état général meilleur et malgré les hypothèses de certains physiologistes qui voient dans l'état fébrile une réaction utile de l'organisme, il est très légitime de croire avec Glénard, en s'inspirant des idées *pasteuriennes* que la chute de la température est un agent favorable de la destruction microbienne.

Les bains froids, en soustrayant à la malade un certain nombre de calories, diminuent la résistance des germes: ils agissent à ce point de vue à la façon d'un spécifique d'un moyen thérapeutique qui s'attaque à la cause de la maladie.

En outre de cette action anti-microbienne, la réfrigération est un tonique, parce qu'elle active le renouvellement de l'air dans les vésicules, parce qu'elle augmente l'oxygénation du sang (**Quinquaud**), elle est un

diurétique pouvant élever la quantité de l'urine jusqu'à 3 ou 4 litres en 24 heures.

Les résultats obtenus par le professeur Vincent ont été magnifiques, puisque sur 28 observations de femmes traitées suivant sa méthode de réfrigération, il n'accuse qu'un seul cas de mortalité. Et cependant, il a appliqué la balnéation aux cas les plus divers et les plus graves d'infection puerpérale. C'est ainsi qu'il cite deux cas d'empâtement des ligaments larges qui, tous deux à la suite des bains se sont terminés par résolution ; ce que nous *considérons comme l'effet d'un heureux hasard qui servit le professeur* **Vincent.**

Nous partageons les conclusions de ce chirurgien en faisant les restrictions suivantes :

1° Il est préférable de ne pas attendre que la malade ait 40° de température pour appliquer les bains froids. La réfrigération ici comme dans la fièvre typhoïde est utile dès le début de l'affection : elle a beaucoup plus de chance de réussir avant que tout l'organisme soit gravement infecté.

2° Il est inutile de perdre un temps précieux à administrer l'alcool et la quinine qui ne peuvent être que dangereux.

3° Grâce aux progrès de la chirurgie, il est indiqué dans la plupart des cas de phlegmons, des ligaments larges ou d'autres collections purulentes, d'intervenir directement.

Lors de l'épidémie de la Maternité de Lyon, en 1884, le traitement par les bains froids fut établi systématiquement pour tous les cas. La statistique de Vincent

est si belle qu'il est difficile de savoir quelles sont les formes d'infection puerpérales qui se sont montrées le plus sensibles à cette médication. Ce chirurgien a conclu que seule la péritonite généralisée ne retire aucun avantage de l'emploi des bains froids.

C'est aussi l'opinion de **Béhier** qui, dans sa thèse inaugurale en 1899, cite un certain nombre de cas d'infection puerpérale traités par la balnéation. L'auteur ajoute que le froid donne les meilleurs résultats dans l'infection généralisée. Il constitue alors avec le sérum artificiel le traitement unique de l'affection. Dans les infections localisées, c'est un bon adjuvant des irrigations et du curettage qui prennent alors la première place.

Nous croyons aussi que la réfrigération est surtout indiquée dans cette forme de la maladie post-puerpérale où l'état général est très grave, la température très élevée, les symptômes nerveux prédominants et où le curettage ramène peu et même pas du tout de débris placentaires. Dans ces cas, **Pinard** est d'avis de pratiquer le curettage le alors même que l'instrument ne fait rien sortir de la cavité utérine. Il est certain que l'utérus étant le point de départ de l'infection, il semble qu'il y ait avantage à agir localement. Mais il est possible aussi que dans ces formes graves d'infection puerpérale, le processus soit si rapide qu'il ne détermine que des lésions très légères de la muqueuse utérine et envahissent au contraire, avec violence l'état général. L'infection se comporte alors comme les septicémies chirurgicales qui peuvent écla-

ter ou demeurer longtemps très graves, après l'opération qui supprime radicalement la cause de tous les phénomènes.

Au lieu de la balnéation froide préconisée par Vincent, on peut encore utiliser *le drap mouillé* Béhier juge ce procédé bien inférieur au bain froid. Il recommande toutefois le drap mouillé dans les formes moins graves et dit de le répéter au moins pendant une demi-heure toutes les deux heures. En présence des faits rapportés par Vincent et malgré le bon résultat obtenu par le simple enveloppement, nous n'hésiterons pas, en présence de phénomènes très graves, à pratiquer la balnéation.

Schrœder, dans son *Manuel d'accouchement*, préconise les bains froids, mais reconnaît que l'on peut obtenir de très bons effets de la réfrigération par les draps mouillés. La technique que nous avons vue employer est aussi celle qu'il recommande : il faut avoir deux lits côte à côte de façon à pouvoir transporter la malade de l'un dans l'autre. Cet auteur pense même que dans les cas très graves où il semblerait dangereux de mobiliser le sujet, on peut se contenter d'appliquer le froid sur un des côtés du tronc.

Schrœder vante beaucoup les résultats de ce traitement. Il reconnaît que les oscillations de la température ne sont pas toujours les mêmes : « Si la température était dans sa période ascendante, on obtient en général qu'un abaissement passager.

« L'élévation de la température qui a été interrompue pendant quelque temps reparaît souvent rapidement,

après ou pendant un frisson. Mais, même dans ce cas, on ne peut méconnaître que l'application du froid a une influence sur la marche de la fièvre. Dans les jours suivants celle-ci ne s'élève pas plus haut, devient plus fortement rémittente ou intermittente. La fréquence du pouls diminue aussi d'une façon constante même lorsqu'on n'a fait qu'une seule application de froid. Mais ce qui prouve le plus nettement que l'emploi du froid est rationnel, c'est *la modification de l'état général*. La malade qui auparavant est abattue et dont l'intelligence est complètement prise, revient à elle, peut-être pour la première fois depuis plusieurs jours, et manifeste pendant cette suppression énergique de chaleur les signes les plus évidents d'un état de bien-être. »

Malgré cet éloge pompeux, malgré les succès obtenus par Vincent, le traitement par le froid nous paraît avoir été employé bien rarement par les accoucheurs et les chirurgiens. Dans une discussion à la Société de chirurgie de 1901 (séance de mars) sur le traitement de l'infection puerpérale par l'hystérectomie, **Quénu** dit avoir retiré de très bons effets de l'emploi des bains froids, appliqués pour la première fois dans son service par M. **Macé**, son interne.

Le sérum artificiel est beaucoup plus employé dans les maternités et les salles de chirurgie contre les formes graves d'infections puerpérales. Ce moyen thérapeutique a rendu de si grands services dans tous les cas qui nécessitent une grande dépense de l'organisme qu'il semble tout naturel de le mettre à contribution dans les septicémies post-partum.

Dans son livre *Sérothérapie*, le *professeur* **Landouzy** nous dit le but des injections de sérum en général.

« Pour les cas de collapsus hémorragique nous nous proposons par un appoint quantitatif de sérum de remplir l'appareil circulatoire dont le contenu répond pour une partie du tissu vasculaire, lequel ne saurait ni fonctionner ni produire la vis à tergo s'il n'avait à brasser une certaine quantité de chair coulante. »

Quelques malades arrivent à l'hôpital dans un état *d'adynamie* très prononcée. Chez celles-là le sérum est utile pour rétablir la pression sanguine. Il est surtout indiqué quand la pression tombe subitement du fait d'une hémorragie. Dans ce cas le sérum est d'autant plus utile que les bains froids pourraient être dangereux. Le sérum au contraire en même temps qu'il rétablit la circulation est peut-être, comme tendent à l'admettre les auteurs modernes, un précieux moyen de prévenir l'hémorragie par ses propriétés de coagulation. Nous avons vu dans l'observation II l'état de la malade se relever progressivement à la suite de plusieurs injections de sérum artificiel. Chez cette femme tuberculeuse présentant déjà de grandes ascensions thermiques avant son accouchement, ayant eu une hémorragie abondante avec état syncopal, nous croyons que le sérum a contribué dans une grande mesure à donner à l'organisme le stimulant nécessaire pour se relever. Dans la septicémie puerpérale comme dans tous les états graves s'accompagnant d'adynamie générale le sérum exerce une action heureuse contre la déplétion vasculaire et la dépression nerveuse.

Les injections de *caféine* et d'*éther* agissent de la même façon, ce sont de précieux adjuvants du sérum, qu'elles ne remplacent pas, car leur action est plus éphémère et peut être dangereuse si elle est souvent répétée. Le sérum, au contraire, ne saurait être nocif. **Hayem Dastre** et **Loye** enseignent qu'il est permis d'injecter sans inconvénient des doses égales au quinzième ou au vingtième du poids du corps des animaux.

Le sérum a, de plus, une influence favorable sur le processus infectieux lui-même. « Pour les cas de vices humoraux, nous nous proposons de jeter chez le malade assez d'eau pour que celle-ci (charriée au taux d'une pression nouvelle remis en tension des systèmes vasculaires et nerveux) circulant autour de chacun des organites, y apporte le stimulus nécessaire à leur activité fonctionnelle autant qu'il rétablit un va et vient indispensable à leur dépuration. » (**Landouzy**).

Dans la septicémie puerpérale, comme dans toutes les injections, le sérum agit comme diurétique et, diluant les toxines dans une masse liquide plus considérable, il diminue leur virulence en même temps qu'il rend plus rapide leur élimination. Son emploi est indiqué particulièrement dans les cas d'infection puerpérale grave, lorsqu'il faut à la fois soutenir le malade et lutter par tous les moyens contre le poison microbien. *C'est un adjuvant précieux du bain froid.*

CHAPITRE III

Des abcès de fixation

La méthode des abcès de fixation, dite méthode de **Fochier**, encore que ses résultats n'aient pas été convainquants, mérite de nous arrêter quelques instants. « La pensée qui a conduit Fochier à proposer cette méthode de traitement est (comme l'a écrit le professeur **Queirel**) un reste de l'imprégnation des doctrines humorales, »

L'idée de Fochier était la suivante : Si l'on pouvait attirer vers un point de l'économie peu dangereux, le tissu cellulaire sous-cutané, par exemple, le maximum d'effet de l'infection, en faire pour ainsi dire une lésion *minoris resistentiæ*, peut-être que l'économie tout entière pourrait, par cette « vidange », se purifier ; on drainerait avec le pus la cause qui le produit.

Cette idée théorique a été mise en pratique dans de nombreux états infectieux. Pour ne parler que de l'infection puerpérale qui nous occupe, la méthode de Fochier a été employée par son inventeur, par **Lambon**, par **Chéron**, etc.

Fochier, dans de nombreux mémoires et dans des communications aux sociétés savantes, a insisté, à di-

verses reprises, sur le manuel opératoire, les indications et les résultats de la méthode. Un travail, paru en 1901, dans le *Lyon médical*, nous permet d'en résumer les traits principaux. Dans les maladies infectieuses, l'infection puerpérale, par exemple, capable de se généraliser et de devenir pyrogènes, pour peu que le pronostic soit douteux, il *faut provoquer dans le tissu cellulaire sous-cutané un abcès artificiel, par injection d'un liquide irritant*. Le liquide le mieux approprié paraît être l'*essence de térébenthine*, de préférence épaissie par son vieillissement ou par l'oxygénation ou par l'adjonction de térébenthine de Venise dans la proportion de 1 pour 5. L'injection de 1 centimètre cube par piqûre est toujours suffisante. Lorsque l'infection est très grave, et que la femme semble dans un état alarmant, on doit faire plusieurs piqûres. Deux pour commencer paraissent suffisantes. Dans tous les cas, si la réaction locale ne se produit pas, ou est peu marquée au bout de douze heures, il faut faire une nouvelle injection et répéter les injections toutes les vingt-quatre heures, suivant l'urgence, jusqu'à ce que l'on ait obtenu de l'inflammation bien nette. Le lieu d'élection de la piqûre, faite avec toutes les précautions antiseptiques d'usage, est le flanc gauche. Fochier obtint un certain nombre de succès grâce à cette pratique, et, à son exemple, Chéron, utilisant les abcès de fixation, en a obtenu de bons résultats, qu'il a rapportés à la Société obstétricale de France en avril 1902. Nous consignons ici ces résultats qui ont été réalisés dans les meilleures conditions antiseptiques. **Chéron**, dans six cas

d'infection puerpérale, avait essayé tous les moyens classiques de traitement (curage digital, écouvillonnage répété, bains froids), il n'avait obtenu aucune atténuation dans les accidents. Il se décida alors à tenter la méthode de Fochier en suivant de tous points la technique indiquée plus haut. Dans trois des cas, il n'obtint pas d'abcès local et n'observa aucune tendance pyogène ; les femmes moururent ; l'auteur reconnaît qu'il s'agissait de cas extrêmement virulents. Dans les trois autres cas, la réaction locale fut réalisée, l'abcès de fixation se rencontra et la guérison survint. Les abcès apparurent aux dates suivantes à partir du début des accidents infectieux : dans le premier cas, le onzième jour ; dans le second cas, le treizième jour ; dans le troisième cas, le vingt-neuvième jour. L'amélioration dans les trois cas heureux se manifesta, du reste, d'une façon presque superposable. Vingt-quatre heures après l'injection, la température tombait soit brusquement, soit progressivement. En même temps, l'état général se relevait. Malheureusement, l'amélioration n'était que transitoire, et il fallut répéter trois fois l'injection de térébenthine pour obtenir la disparition définitive des accidents. Chéron conclut, prenant en considération l'échec préalable de toutes les autres méthodes thérapeutiques, à la valeur du procédé de Fochier dans certains cas graves d'infection puerpérale.

Mais force nous est de reconnaître que *la méthode des abcès de fixation n'a pas entraîné toutes les convictions*. Le professeur **Pinard** n'a pas jugé convain-

cantes les preuves fournies par Fochier à la Société obstétricale de France et au Congrès de Marseille en 1898, et nombre d'accoucheurs refusent aux abcès artificiels l'efficacité thérapeutique que leur attribuait leur promoteur. Il semble, en effet, contradictoire de considérer comme de bon augure un abcès provoqué, alors qu'on considère comme d'un pronostic sombre les abcès si fréquents au cours de l'infection puerpérale et qu'on observe dans les articulations, les viscères, etc...

Queirel, dans un certain nombre de cas, a essayé les abcès de fixation et il n'en a pas obtenu de résultats appréciables. Nous ne *pouvons donc nous prononcer sur la valeur thérapeutique d'une méthode aussi discutée.* Néanmoins, elle constitue une tentative intéressante qui méritait qu'on s'y arrêtât, — et, d'autre part, les quelques succès indiscutables obtenus dans certains cas, lui ont valu une place dans l'histoire thérapeutique *du post partum infectieux*, et permettent de justifier son emploi lorsque les autres moyens ont échoué contre l'infection puerpérale.

CHAPTRE VII

Du collargol

Préparons deux solutions, l'une de sulfate ferreux ammoniacal, 186 grammes pour 500 d'eau distillée, l'autre d'acide citrique au cinquième exactement neutralisée par l'ammoniaque, les deux solutions mélangées à volume égal, soit 500 centimètres cubes de chaque, diluons les 1.000 centimètres cubes obtenus par l'addition de 1.500 d'eau distillée a 2.500 centimètres cubes de solution ; ajoutons par petites fractions et en agitant constamment 100 centimètres cubes d'une solution de nitrate d'argent à 20 pour 100, nous obtiendrons un précipité rouge brun. Recueillons-le, lavons-le rapidement à l'abri de la lumière et surtout de l'air qui insolubéliserait en partie le produit. Desséchons-le dans le vide sous la cloche à acide sulfurique ou à l'étuve à 50°.

La poudre ainsi obtenue contient 97 p. 100 d'argent avec des traces de fer et d'acide citrique.

Ce produit, découvert en France par Wurtz, donne des solutions qui ne traversent pas le septum du dialyseur, d'où son nom d'argent colloïdal.

Désigné ordinairement sous le nom de collargol, il se

présente sous la forme de petits grains noirs à reflets métalliques, il est inodore et n'est pas caustique. Se dissout dans l'eau dans la proportion de 1 pour 25. Les solutions ont une couleur brun olivâtre ou noirâtre rappelant certaines bières foncées. Ce ne sont, d'ailleurs, pas des solutions parfaites, mais plutôt des suspensions de particules excessivement ténues, puisque le microscope seul et surtout l'ultra-microscope permettent non sans certaine difficulté, de déceler leur présence. Les acides et les sels précipitent le collargol de ses solutions et celles-ci sont rendues plus stables par l'addition d'albumine 1 pour 100.

La chaleur précipite également le collargol d'où la nécessité de faire les solutions à froid, d'où impossibilité de stérilisation par la chaleur, impossibilité existant déjà si on a additionné de l'albumine au produit.

Miller-Berhing, Schill partaient de ce principe que tous les métaux à l'état de division extrême (mousse de platine) ou à l'état colloïdal (métaux colloïdaux) possèdent un pouvoir catalytique analogu e à celui des ferments, qui s'oppose énergiquement au développement des microbes, alors même que leur action bactéricide est relativement faible. Après eux, Vincent, Strauss, ont étudié expérimentalement cette action catalytique du collargol qui a surtout été préconisé dans le traitement des maladies infectieuses par Crédé en Allemagne et par Netter, en France. On l'a employé en frictions sous forme de pommade, d'onguent, en ovule et suppositoire associé au beurre de cacao, il a été administré à l'intérieur par la voie stomacale sous forme de pilules

et en solution à la dose de quatre à six centigrammes dans les 24 heures ; par la voie hypodermique en injections sous-cutanées et par la voie vasculaire en injection intra-veineuses. Ces dernières dominent aujourd'hui la thérapeutique et sont préférées généralement aux autres modes d'introduction du médicament, par suite de leur plus grande efficacité. La quantité de collargol injectée est habituellement de 25 à 30 milligrammes en solution à 1/2 p. 100 ou à 1 p. 100.

Dans l'infection puerpérale, on a attribué au collargol certains succès ; et à la dixième session annuelle de la société obstétricale de France, Audebert de Toulouse 10 avril 1904, en rapporte plusieurs observations. Dans le premier cas il y eut défervescence thermométrique et amélioration rapide mais malheureusement passagère de l'état général. La deuxième observation a trait à une femme qui était tellement malade qu'on ne put en tirer aucune conclusion. Dans la troisième observation, le traitement local fut intercalé entre deux injections de collargol : la malade guérit. L'auteur insiste sur l'innocuité de ces injections intra-veineuses qu'il a toujours employées à haute dose 10 centimètres cubes au minimum de la solution à 1 p. 200 par injections.

Cependant, il y a eu dans quelques cas une violente réaction fébrile qui serait due pour Crédé à l'impureté du médicament. Nous savons, en effet, que l'argent colloïdal le plus pur contient toujours des traces de fer et d'acide citrique.

Netter et Salomon, après avoir examiné le sang des malades traités, ont pu noter une disparition rapide des

microbes ou la réaction leucocytaire devenue celle de la convalescence : d'autres fois ces constatations ont manqué. Le mode d'action du collargol est donc encore aujourd'hui mal connu, mais cette action est néanmoins certaine.

A la Maternité de l'hôpital Tenon, nous l'avons vu employer, dans nombre de cas ; mais dans aucun de ces cas, le traitement local n'avait été négligé. Cependant, si à la suite d'un curettage, la température ne tombait pas, si le pouls restait rapide et l'état général sérieusement atteint, nous avons plusieurs fois remarqué l'action heureuse du collargol et la guérison survenue après un nombre variable d'injections.

Nous en relatons du reste deux observations :

Observation VII (Personnelle).

Mme Berthe V..., 27 ans, est accouchée en ville après de nombreuses tentatives de forceps, son enfant est mort et elle-même entre à l'hôpital quatre jours après sa délivrance avec une température de 39°8, un pouls à 125, un état général grave. Le ventre un peu ballonné n'est pas trop douloureux, mais l'utérus est assez volumineux et a subi une involution incomplète. On pratique un curettage le jour même et on retire quelques débris placentaires : le lendemain, la température est à 38°, mais elle remonte le même soir à 39°.

L'état général reste toujours manifestement grave : un nouveau curettage est pratiqué sans que cette fois on retire le moindre débris placentaire. Le surlendemain la température oscille toujours autour de 39° et on pratique alors des injections intra-veineuses de 10 centimètres cubes de collargol, qui sont continuées chaque matin pendant une huitaine de

jours. La température suit alors une marche descendante en-lysis et elle atteint 37°5, le neuvième jour : en même temps les douleurs ont disparu, mais le ventre est toujours un peu ballonné et on sent au toucher une masse collectée dans le cul de sac postérieur qui, au moment du toucher, s'ouvre même spontanément dans le vagin. La malade perd du pus pendant plusieurs jours et se lève bientôt guérie.

Dans cette observation, *le collargol n'est peut-être pas la cause directe de la guérison*, le phlegmon périutérin ayant pu se former même en son absence et localiser une infection paraissant déjà grave. Nous avons cru néanmoins devoir le rapporter par suite de l'action possible de l'argent colloïdal.

Observation VIII (Personnelle).

Rétention placentaire. Curettage.

A. B..., 30 ans, vient avec des douleurs d'expulsion, probablement à la suite de manœuvres abortives. Le 12 mai 1902, deux jours avant son entrée à l'hôpital, on a extrait un œuf à peu près intact d'environ 4 mois et demi. La malade continue à avoir de la fièvre malgré cette expulsion. Curettage sous chloroforme et évacuation de gros caillots et de débris placentaires très fétides. La cavité utérine est touchée à la glycérine créosotée. Drainage. La température continue à monter : pourtant le toucher semble montrer qu'il n'y a rien dans l'utérus. L'état général s'aggrave. Sérum. Collargol intra-veineux répété chaque jour. Morte le 21 mai.

Il résulte donc des observations d'Audebert, et de nos observations personnelles que nous n'avons aucun cas où la paternité de la guérison puisse être nettement

attribuée au collargol. Aussi eussions-nous voulu passer sous silence cette méthode thérapeutique qui, à notre avis, n'a pas encore fait ses preuves et réclame les laborieuses recherches d'autres expérimentateurs. Nous nous proposons d'ailleurs de continuer cette étude, de nous enquérir auprès de nos maîtres de son action physiologique encore tout à fait incertaine, de suivre de très près les résultats obtenus, et ce n'est qu'à la suite de cas très nets que nous pourrons accorder à ce produit, dont on a semblé vouloir faire le spécifique des associations microbiennes, le droit de cité en thérapeutique ou bien le frapper de l'ostracisme qu'il nous semble mériter depuis son irruption subite dans le domaine de la médication puerpérale.

Mais, dans cette courte révision de différentes méthodes de traitement du *post-partum infectieux*, nous devions à la vérité, de signaler cette néothérapie que M. le professeur Netter semble avoir voulu classer dans l'histoire de l'infection puerpérale. Et puis la science, fille de l'empirisme, résultat de lentes et laborieuses investigations, née sur la table d'expérience issue du classement raisonné des faits, ne se doit-elle pas à elle-même pour agrandir son domaine et accroître la richesse de ses moissons, d'accueillir et d'expérimenter les alluvions que des inondations parfois aveugles déposent sur ses rivages ?

Toutefois, ne l'oublions pas, le collargol nous apparaît comme un néologisme thérapeutique dont l'efficacité et l'innocuité surtout ont besoin pour beaucoup de preuves plus certaines. Nous ne voyons pas bien, en

effet, au milieu de symptômes qui se développent avec une rapidité foudroyante, comment une solution administrée par la voie interne, une pilule, voir même une pommade ou un suppositoire dont les effets sont toujours lents peuvent arriver assez tôt pour servir de barrière aux accidents infectieux. Ne serait-ce pas dans ce cas retomber dans l'ancienne thérapeutique puerpérale basée sur les antiseptiques qui ne permettait à nos devanciers que d'assister impuissants à l'éclosion et au développement de tous les symptômes ? Resteraient les infections par voie hypodermique et par voie sanguine dont l'action pourrait nous satisfaire au point de vue de sa rapidité. Mais nous nous expliquons mal cette action, et dans le cas heureux, l'infection ne semble-t-elle pas nous transformer en simples spectateurs d'un abaissement thermique ? C'est certainement dans cette ignorance de l'action physiologique du collargol dans l'incertitude ou plutôt dans la crainte de l'action nocive de ce produit (nocivité qui s'explique fort bien par ses impuretés), fer et acides citriques, par l'impossibilité où nous sommes de stériliser par la chaleur (décomposition, addition d'albuminurie), qu'il faut chercher la sage réserve dans laquelle se sont tenus nombre de nos maîtres, tant chirurgiens qu'accoucheurs. Nous imiterons leur sagesse en nous tenant en garde contre ce produit. Jusqu'à ce que des expérieuces claires, nettes, précises, soient venues nous éclairer, nous croirons obéir aux lois élémentaires de la prudence en évitant de marcher à tâtons dans les ténèbres thérapeutiques.

CHAPITRE V

De l'Hystérectomie.

Comme le curettage, l'hystérectomie dans les suites de couche fut d'abord pratiquée pour des cas de rétentions placentaires: Ce fut **Schultze** qui enleva le premier l'utérus dans ces conditions en 1880. Neuf ans après, Pujor fit une hystérectomie abdominale pour infection puerpérale.

Jusqu'à ces dernières années, les observations étaient rares d'ablations de l'utérus chez les accouchées.

La thèse de **Wintrebert** en 1895 et celle de **Bonnamy** en 1899 relatent les cas signalés jusque-là. Depuis lors plusieurs communications ont été faite à la Société de chirurgie, donnant lieu à des discussions très intéressantes.

En 1902, la question fut posée devant le Congrès de Rome et les rapports remarquables de **Tuffier** et de **Freund** furent favorables à l'intervention. Actuellement presque tous les chirurgiens admettent en principe l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. Tuffier a montré qu'il mourait par an en Allemagne, plus de 4.000 femmes à la suite de couches et *Pinard* que la mortalité dans

les maternités françaises s'élevait à 10 p. 100 dans la forme grave de l'infection. Les statistiques ont stimulé l'ardeur des chirurgiens et malgré l'opinion de *Price* de Philadelphie qui qualifie de « crime » l'hystérectomie en cette circonstance, on s'occupe à en fixer les indications et le manuel opératoire.

Le problème est délicat : il n'y a pas de signe clinique évident qui fasse décider l'intervention. *Peterson* dit que la curette ne peut suffire dans 90 p. 100 des cas et qu'il faut se résoudre le plus vite possible à pratiquer l'hystérectomie. Cette opinion est certes bien exagérée. Beaucoup d'infections puerpérales, heureusement, guérissent par le curettage, le drainage, les bains froids, même les abcès de fixation. Parce qu'il n'y a pas d'indication précise du moment de l'intervention, ce n'est pas une raison de soumettre à une mutilation et d'exposer à une opération grave toutes les femmes qui présentent des réactions fébriles à la suite d'un accouchement.

Si la muqueuse seule est infectée, nous *savons qu'il suffit d'agir localement pour amener la guérison.* Mais les lésions ne restent pas toujours superficielles. Des examens nombreux ont montré que l'infection dépasse parfois rapidement l'épithélium utérin, envahit le tissu conjonctif et par les lymphatiques se propage au muscle lui-même. Celui-ci apparaît gros, ramolli, très riche en lymphatiques qui renferment quelquefois des éléments purulents, et déterminent au sein des couches musculaires une multiplicité d'abcès *aréolaires*. Ces derniers ont été niés par les auteurs. « Il n'existe peut être pas,

dit **P. Delbet**, un seul cas de véritable abcès de l'utérus ». Ainsi, tandis que les lymphangites et les adénites sont très fréquentes après l'inflammation des autres muqueuses, elles sont fort rares à la suite des inflammations de la muqueuse utérine en dehors de la puerpéralité. Au contraire les phlébites qui sont tout à fait exceptionnelles dans les inflammations des autres muqueuses s'observent souvent à la suite des endométrites puerpérales. L'abcès à l'utérus *principalement* conséquence de l'accouchement ou de l'avortement a été étudié par **Mauriceau**, **Van Swieten** et **Lamotte** qui observèrent les premiers cas. D'après **Pichevin** et **Aug. Pettit**, ils peuvent atteindre le volume d'une tête d'adulte. **Turenne** de Montévideo, cite un cas d'abcès de l'utérus qui guérit quoique compliqué d'un abcès de ligament large, grâce à l'hystérectomie vaginale. **Georghiu**, dans sa thèse inaugurale, cite le cas de **Baussenat** qui trouva un abcès infecté de pus et un utérus purulent dans tout son parenchyme.

Lorsque l'infection a pénétré lé muscle utérin et lui a fait subir des ravages, il est certain qu'elle est en voie de s'étendre encore davantage et d'envahir à brève échéance l'organisme tout entier. L'intervention radicale qui enlève l'utérus à ce moment est probablement la seule chance de salut pour le malade.

Pour se décider à l'hystérectomie, il est donc à souhaiter que le chirurgien soit fixé le plus promptement possible sur le diagnostic exact de la lésion. Ici l'embarras peut devenir extrême. D'une part, il y a de simples endométrites puerpérales qui donnent par résorp-

tion de toxines une température très élevée et un état général précaire : on voit des infections céder complètement à la curette qui ont déterminé avant son passage 40° de fièvre, un pouls de 130, un facies, des lochies extrêmement fétides.

D'autre part, il existe des septicémies puerpérales présentant des lésions minimes caractérisées surtout par l'envahissement rapide de l'état général : ce sont de véritables infections du sang à point de départ utérin, analogues aux grandes septicémies chirurgicales, ce sont les cas qu'on voit céder aux bains froids et aux injections de sérum artificiel. Les signes cliniques sont rares qui permettent d'établir d'une façon péremptoire, si nous sommes en face d'une endométrite septique à réaction généralement interne, d'une septicémie aiguë sans localisation infectieuse ou d'une inflammation du parenchyme utérin.

Les symptômes locaux ne donnent à peu près rien : il faut s'adresser aux phénomènes généraux.

Carpentier accorde une grande importance au second frisson.

Wintrebert dit qu'il faut se décider à l'ablation de l'utérus, chaque fois qu'on a pu éliminer l'hypothèse à foyers centraux d'infection et que la *source* de la septicémie persévère dans l'utérus : cette indication est évidente mais ne précise rien.

Prochownick accorde une valeur absolue à l'examen du sang. D'après lui, lorsque le sang ne contient aucun germe infectieux, il faut se contenter de nettoyer soigneusement l'utérus : lorsqu'il y a pyohémie, ou pré-

sence d'un micro-organisme dans le torrent circulatoire, il est urgent de se décider à pratiquer l'hystérectomie. Ces indications nous semblent trop retardées et quand il y a des microbes dans le sang, il y en a évidemment dans les veines, les ligaments larges, les annexes.

Quénu nous dit très justement que le pouls et la température ne signifient rien et que pour les indications à l'hystérectomie il faut se baser surtout sur la désinfection insuffisante de l'utérus. Cette proposition est la conclusion de **Tuffier** dans sa discussion à la Société de chirurgie (1901) et dans son rapport au Congrès de Rome (1902).

Bonamy recommande l'hystérectomie :

1° Dans la persistance des phénomènes généraux à la suite du traitement par le curettage.

2° Au cas d'aggravation des phénomènes généraux.

3° Au cas de rétention placentaire.

Cette dernière indication nous semble primordiale comme l'observe J.-L. Faure, un signe de rétention placentaire est du reste signalé par **Rochard** : c'est la régression lente de l'utérus.

Il nous semble, en somme, qu'il existe cinq indications péremptoires d'hystérectomie. Ce sont :

1° Les cas de rétention placentaire ;

2° Les cas d'infection coïncidant avec une déchirure ou une perforation de l'utérus ;

3° La chute d'une escharre pouvant causer une hémorragie mortelle.

4° Les abcès de l'utérus ;

5° Les larges suppurations pelviennes.

Observation IX

(Faure. Rapportée par Rochard à la Société de chirurgie, séance du 17 mai 1901.)

Hystérectomie. Guérison.

Mme B..., 23 ans, entre le 9 février. Cas imminent d'avortement.

Le 13, avortement avec délivrance artificielle.

Du 13 au 15 au soir, température 37°2 à 38°.

Le 16 au matin, 46°. Pouls rapide. Curettage immédiat, 500 grammes de sérum

Le soir, 40°5. Pouls 160. Etat grave. Hystérectomie à 7 heures du soir, très facile grâce aux *pinces à kystes*, durée trois minutes. Un morceau de délivre infecté est enchâtonné dans la corne gauche.

Le lendemain matin. 38°2. Pouls 120. Soir, 38°6. Pouls 100.

Amélioration progressive et rapide. Guérison complète.

Observation X

(In *Thèse* Wintrebert, 1895.)

Amputation du corps de l'utérus par laparotomie pour rétention du placenta et septicémie puerpérale. Guérison.

Au moment de l'opération, la température était à 40°, et la paroi utérine adhérente au placenta était altérée. La section du col même paraît suspecte, on fait la suture du moignon à la paroi.

Observation XI (Résumée)

(M. Bouilly. In *Thèse* Wintrebert, 1895.)

Avortement. Hystérectomie. Mort.

Le 7e jour, l'accouchée présentant 40° de température et un état général précaire, le docteur Bouilly pratiqua l'hystérectomie vaginale. La malade meurt. L'utérus est gros, ramolli, fétide, contenant encore des lambeaux de placenta adhérents.

L'aggravation des phénomènes généraux est aussi indication d'hystérectomie, d'après **Bonamy**. Cependant l'état général peut devenir grave sans que pour cela le parenchyme utérin soit fatalement touché. Toutefois, l'hystérectomie semble bien indiquée si, après un curettage ou même deux, la température ne tombe pas, si les injections massives de sérum physiologique n'amènent aucune amélioration; si, enfin, les irrigations, le drainage se montrent totalement impuissants. Il importe de bien choisir le moment de l'intervention, car, à une période un peu tardive on a affaire à une septicémie généralisée et on n'a plus dès lors aucune chance de succès. C'est à ce moment que les injections intra-veineuses peuvent, elles, entrer en ligne de compte et amener un succès qu'une opération n'aurait pu procurer.

Nous avons pu recueillir un certain nombre d'observations dans lesquelles le succès opératoire est variable, mais qui nous renseignent sur le moment et l'opportunité de l'intervention.

Observation XII (Résumée)

(M. Roosemburg. In *Thèse* Wintrebert, 1895.)

Extirpation totale de l'utérus pour une rétention placentaire avec putréfaction. Guérison.

A la suite d'un avortement, la femme est prise de frissons, de température. Elle présente aussi du ballonnement du ventre, des lochies fétides, un état général mauvais.

Le curettage n'amène pas d'amélioration.

Le docteur Roosemburg pratique l'extirpation de l'utérus par le vagin.

La malade avait à ce moment 40°5 de température et avait présenté la veille 41°5. Le pouls était à 145.

Après l'opération, la température était à 41°9; le soir elle tombait à 37°5 et le pouls à 112.

A l'examen de l'utérus, on trouve celui-ci extrêmement uni au placenta, qui renferme du pus. Guérison.

Observation XIII (Résumée)

(E.-P. Davis, *American Journal of obstetrics*, 1895, I, XXXI, p. 115-161.)

Guérison.

Accouchement normal. Température, 100° à 102° F. pendant un mois.

Utérus gros. Laparotomie. Abcès de l'utérus. Hystérectomie. Guérison.

Les annexes étaient normales.

Observation XIV (Résumée)

(Terrier. Société de chirurgie, séance du 6 mars 1901.)

Accidents puerpéraux remontant à 11 jours.

Au moment où elle entre à l'hôpital, elle a déjà perdu des caillots fétides et a eu, la veille et l'avant-veille, un violent frisson.

Quand on l'examine, la température monte à 39°8, le pouls est à 168.

Le même jour, vomissements alimentaires et muqueux, langue sèche. Au toucher vaginal col mou et entr'ouvert. Ecoulement abondant et fétide. En combinant le palper au toucher, on sent le corps utérin légèrement augmenté de volume.

Laparatomie. pas de liquide. Hystérectomie totale. Deux drains abdominal et vaginal. 1.000 grammes de sérum. Guérison.

Observation XV

(Pinard. Leçon faite à la clinique Baudelocque, 1903.)

Secondipare. Délivrance artificielle pour hémorragie. Six jours après l'accouchement, ascension progressive de la température qui finit par atteindre 40°.

Traitement : Injections intra-utérines, puis irrigations continues, sérum anti-streptococcique de Marmoreck.

Hystérectomie abdominale le dixième jour. Mort. A l'autopsie on constate l'existence d'une pleurésie gauche (streptocoque), non diagnostiquée pendant la vie.

Observation XVI

(Pinard. Leçon clinique à la clinique Baudelocque, 1903.)

Secondipare. Nombreux examens avant l'entrée à l'hôpital. Injection intra-utérine. Mauvais état général après l'accouchement. Douleurs abdominales avec 38°4 de température. Pouls 120. Le lendemain matin, sédation. Le soir, frisson. Température 40°5. Pouls 144. Ventre douloureux, pas de vomissements. Hystérectomie 36 heures après l'accouchement, étant donnée la gravité du pronostic. Drainage abdominal. Mort par péritonite généralisée. A l'autopsie on constate en outre une phlébite suppurée des veines utéro-ovariennes droites.

Observation XVII (Résumée.)

(B. Pescrosa. American journal of obstétric, 1896, t. I. p. 673. 01.)

Un cas d'hystérectomie dans la fièvre puerpérale aiguë. Guérison.

Avortement à quatre mois, trois jours après la température monte à 104°4 F. Le cinquième jour violent frisson et température à 105° F.

Hystérectomie, guérison. A l'examen de l'utérus on trouve des staphylocoques et des streptocoques.

A la face postérieure, la paroi musculaire était déchirée et perforée. Plus bas, on trouvait un espace aréolaire recouvert de pseudo-membranes : c'était probablement un abcès.

Hector Treub du Congrès de Rome 1902, rapporte à peu près toutes les observations connues par lui ; ne

passant sous silence que celles ne renfermant que quelques mots imprécis : il cite ainsi 36 observations avec 15 guérisons et 21 morts, il conclut après une assez longue discussion :

Les moyens ordinaires usités dans le traitement de l'infection puerpérale sont suffisants dans la grande majorité des cas.

Pour quelques cas exceptionnels, l'hystérectomie pourra réussir là où le traitement obstétrical échouera.

L'indication de l'hystérectomie ne devra être posée qu'après un examen clinique très exact et une évaluation consciencieuse du pour et du contre de l'opération.

Le professeur **Terrier** du même Congrès pose les conclusions suivantes :

1° L'extirpation totale de l'utérus dans l'infection puerpérale peut être prise en considération pourvu qu'elle soit pratiquée à temps.

a) Dans la métrite aiguë avec rétention de tout le placenta ou d'une partie, lorsque les tentatives de délivrance par la voie naturelle auront échoué.

b) Dans les cas de métrite compliquée de pyohémie et apparaissant subitement à la suite d'un avortement provoqué sans les soins nécessaires à l'antisepsie, ordinairement criminel.

2° Pendant la période tardive de la fièvre septique puerpérale à type lymphangitique ou pyohémique, on ne doit pas, à mon avis, conseiller l'extirpation totale de l'utérus.

Enfin, le professeur **Léopold**, de Vienne, termine son rapport par les conclusions suivantes :

L'hystérectomie sera indiquée lorsqu'il aura été prouvé par tous les symptômes que l'utérus est le siège unique et le point de départ continuel de l'infection et que tous les autres moyens employés contre la maladie auront échoué. Cette indication se rapporte surtout aux cas de rétention du placenta en voie de décomposition et ne pouvant être enlevé.

Si la maladie poursuit fatalement sa marche en avant, on devra, selon les circonstances, avoir recours au traitement chirurgical qui se propose de rechercher le foyer de suppuration et de le vider. Dans tous les cas, il faut insister surtout sur la recherche précoce et minutieuse du foyer de suppuration.

La recherche et l'extirpation des veines atteintes de suppuration contribueront dans l'avenir à donner de brillants résultats dans le traitement des cas les plus graves de l'infection puerpérale.

Dans tous les cas où l'on décide l'intervention, le manuel opératoire pourra varier suivant les chirurgiens. Toutefois, aujourd'hui, l'accord est à peu près unanime à préconiser la voie abdominale et à exclure définitivement l'extirpation vaginale de l'utérus. **Rochard** citait déjà, à la Société de chirurgie, en 1901, le cas de **Veineberg**, qui commença une hystérectomie par le vagin et, à cause des difficultés opératoires, dut terminer par la laparotomie. M. le professeur **Segond** *s'est rallié, pour la même raison, à l'histérectomie abdominale.* Le professeur **Terrier** dit que la voie abdominale, en

pareil cas, est la seule acceptable. Ce chirurgien repousse aussi l'hystérectomie sus-vaginale. D'après Tuffier, la mortalité est la suivante :

Hystérectomie vaginale, 4 guérisons sur 10 cas.

Hystérectomie abdominale totale, 5 guérisons sur 9 cas.

Hystérectomie supra-vaginale. 9 guérisons sur 10 cas.

Mais il est impossible de se baser sur cette statistique, étant données évidemment les circonstances différentes des interventions, l'hystérectomie totale a, croyons-nous, des chances d'être préférée dans l'avenir.

CHAPITRE VI

De l'intervention chirurgicale pour les lésions ayant dépassé les limites utérines.

Même lorsque le processus infectieux a dépassé l'utérus, la chirurgie ne s'avoue pas désarmée. Sans doute, la situation devient excessivement grave : les lésions sont très étendues, les symptômes alarmants. Une intervention audacieuse peut seule procurer à la malade quelques chances de guérison; les chirurgiens l'ont tentée. En dehors de l'utérus, l'infection peut être plus ou moins étendue, porter sur des organes différents. La mortalité varie suivant le degré de l'invasion. On peut diviser cette étude en trois parties suivant que les lésions portent :

1° Sur les annexes ;

2° Sur les ligaments larges ;

3° Sur le péritoine.

1° L'infection puerpérale peut envahir les trompes et les ovaires, donnant naissance à la salpingo-ovarite. Celle-ci débute le plus souvent par des accidents aigus au cours d'une infection puerpérale plus ou moins caractérisée. Il est admis que la présence d'un gonocoque dans les voies génitales favorise l'invasion des microbes

de la septicémie puerpérale. La gravité de la salpingo-ovarite tient-elle dans ce cas à cette association microbienne? Le fait est possible, car à côté des annexites, qui font partie des infections puerpérales, étendues à tout le petit bassin et qui sont d'un pronostic très sombre, il y a encore les salpingo-ovarites qui existent sans lésions appréciables des autres organes, et qui pourtant se révèlent par des symptômes graves. M. **Tuffier** a pratiqué une hystérectomie vaginale dans un cas où il y avait seulement inflammation des annexes sans participation de l'utérus ni des ligaments larges; pourtant l'état de la malade commençait à devenir alarmant. Il est possible que ces annexites localisées se terminent par résolution, ou déterminent, après disparition des phénomènes aigus, une salpingo-ovarite chronique, plus favorable à l'intervention chirurgicale ; mais il se peut aussi qu'elles conduisent à la péritonite. Et puis, il nous semble bien difficile d'établir d'une façon exacte si l'infection est localisée à la trompe et à l'ovaire, et surtout si elle va se limiter à ces organes.

L'envahissement du ligament large peut être proche et nous verrons que le pronostic dans ce cas devient beaucoup plus grave.

Observation XVII (Résumée).

Curage et Curettage par M. Champetier de Ribes. Hystérectomie par M. Tuffier. — Guérison.

Avortement de quatre mois et demi. La malade subit un curage puis un curettage. La température qui avait baissé

remonte cinq jours après au moment où on se décide à opérer. Trente-six heures après l'élévation de la température, celle-ci est de 39°5 sans rémission matinale. Le pouls est à 128, mais reste plein est régulier. La langue est humide, le facies commence à s'altérer, le ventre est douloureux seulement dans la partie inférieure. Au toucher le col est gros et mou, les culs-de-sacs sont souples, les annexes surtout à droite, sont un peu grosses et un peu sensibles. L'utérus est gros mais pas douloureux à la pression. L'opération, hystérectomie vaginale, est pratiquée par M. Tuffier en six minutes avec facilité.

A l'examen des pièces pas d'abcès utérins, surface interne de l'utérus absolument lisse, paroi non friables, lésions inflammatoires des annexes surtout à droite. La température tombe d'abord à 39°, le lendemain matin elle est à 37°.

L'examen microscopique ne décèle aucun microbe dans l'utérus. Guérison.

Aussi nous pensons que l'intervention doit être précoce lors de l'envahissement des annexes. A part les cas foudroyants dans lesquels la lésion de la trompe et de l'ovaire n'est qu'un épisode secondaire, il est indiqué d'agir rapidement avant que la septicémie ne continue de s'étendre. Sans doute l'intervention est grave, mais il faut s'y résoudre avant que la propagation de l'infection ne vienne la contre-indiquer. Nous avons rencontré seulement trois cas dans lesquels on est intervenu au cours de la septicémie puerpérale pour lésions des annexes.

Une seule fois, l'opération a été précoce ; la femme a guéri. Nous croyons qu'il faut préférer à l'hystérectomie vaginale la *laparotomie* qui montre mieux l'état des organes. Il est probable qu'il faudra toujours avec

l'ablation des annexes, faire l'hystérectomie pour enlever la source de l'infection et pratiquer un vaste drainage.

L'infection peut aussi se porter entre les feuillets du ligament large et la voie suivie par le microbe a donné lieu à de nombreuses études. On pense aujourd'hui que la voie lymphatique est l'origine du phlegmon limité, tandis que les formes graves d'infection puerpérale se propagent par les vaisseaux sanguins.

On voit encore assez fréquemment dans les maternités des phlegmons circonscrits du ligament large, localisés dans l'un des culs-de-sacs, au-dessus de l'arcade de Fallope ou dans le triangle de Scarpa. L'apparition de cette tuméfaction est accompagnée d'une vive douleur, de symptômes fébriles, souvent de vomissements. Ce phlegmon tend à s'ouvrir à l'extérieur ou dans une cavité. Il est bien évident dans ce cas que l'intervention par la paroi abdominale ou par le vagin est toujours indiquée. Souvent le pus bombe dans le cul-de-sac postérieur et une colpotomie suffit pour guérir rapidement la malade. D'autres fois l'invasion iliaque peut être profuse : on décolle alors le péritoine de la fosse iliaque et on arrive de même sur la collection qu'on évacue facilement : c'est la *laparotomie sous-péritonéale de Pozzi.*

Mais, dans des cas plus graves, le ligament large n'est, comme la trompe, qu'un lieu de passage pour l'infection. Celle-ci se propage par les vaisseaux sanguins et l'étage supérieur du ligament large est le siège de phlébite et de thromboses qui constituent souvent la lésion principale. Dans ces cas, on a préparé la lapa-

rotomie suivie non seulement d'hystérectomie mais encore de résection des veines malades. Ces formes sont évidemment fort graves, et l'intervention à peu de chances de succès. On signale néanmoins quelques guérisons. L'observation de M. **Rochard**, rapportée le 5 mars 1901 à la Société de chirurgie ne fut pas suivie de succès. Celle de M. **Picqué** relate une guérison là où la laparotomie fit découvrir des abcès de l'utérus et des ligaments larges.

La péritonite est fréquemment l'aboutissant de toutes les formes d'infection puerpérale.

Parfois, surtout à la suite de la tubo-ovarite, l'inflammation très localisée au petit bassin, donnant alors naissance à la pelvi-péritonite. Celle-ci peut aussi exister d'emblée dans l'infection puerpérale, les avortements au quatrième mois exposeraient surtout, d'après **Heizmann** à cette complication. Elle est la moins grave des infections du péritoine et se termine souvent par la résolution. De l'avis de tous les auteurs, il ne faut pas se presser d'intervenir en cette circonstance : outre que le pus est susceptible de se résorber complétement, l'inflammation peut passer à l'état chronique. Mais cette terminaison favorable ne se produit pas toujours. Le pus enkysté a toujours une tendance à s'évacuer dans les organes voisins ou dans le péritoine ; et il est certain que la pelvi-péritonite d'origine puerpérale est d'un pronostic beaucoup plus grave que celle qui est consécutive à une salpingite chronique réchauffée. Si les phénomènes généraux s'aggravent, si la température

continue de s'élever, si la diarrhée s'établit, il faut intervenir le plus vite possible.

La laparotomie dans un état déjà très grave dans un milieu tellement infecté, est d'un pronostic sombre. Elle conduit sur des organes méconnaissables, bridés par des adhérences, bloqués par des collections purulentes que l'on risque d'ouvrir dans la grande séreuse. Il suffit d'avoir assisté à l'extirpation de certaines salpingites chroniques, pour se rendre compte de la difficulté des manœuvres opératoires. Au cas d'infection puerpérale, toute chance de succès réside dans la rapidité de l'intervention. Il semblerait *à priori* que la laparotomie soit contre-indiquée.

La *colpotomie* par la simplicité de son manuel opératoire est l'opération à laquelle on songe quand le pus est collecté dans le cul-de-sac postérieur. Au cours de l'infection puerpérale elle est pourtant rarement indiquée. La cause utérine, la multiplicité des collections purulentes, commandent presque toujours, une intervention plus radicale. M. **le professeur Segond** qui recommande l'hystérectomie vaginale dans la pelvipéritonite en dehors de l'état puerpéral, a repoussé cette opération (séance de la Société de chirurgie, du 27 février 1901), au cours de l'infection puerpérale aiguë à cause de la friabilité des tissus. *Cette considération*, jointe à la difficulté de faire un diagnostic précis qui élimine les autres lésions, *nous fait encore préférer l'intervention par l'abdomen*.

Le processus peut envahir d'emblée la cavité péritonéale. L'infection est parfois si rapide que toute ten-

tative opératoire est vaine dans la septicémie puerpérale comme dans l'appendicite, les perforations viscérales, les cholécystites, la forme septique suraiguë de la péritonite n'est pas accessible au chirurgien, la scène étant dominée par les accidents d'intoxication générale. Moins rapidement mortelle, la péritonite suppurée peut être cependant d'une évolution très prompte, et dans certaines formes d'infection puerpérale, les accidents péritonéaux se déclarent après quelques jours. Consécutive quelquefois à l'infection des ligaments larges ou des annexes, elle se propage le plus souvent, surtout dans la forme précoce par les lymphatiques.

L'issue peut être considérée comme fatale, à moins que la collection purulente ne s'enkyste, et encore même dans ce cas, la cavité péritonéale tout entière est très exposée. On se souvient de l'émotion causée par les premiers succès de **Bouilly**, lors de sa communication au Congrès français de chirurgie, en 1889. Depuis lors, malgré la gravité excessive de l'opération, plusieurs succès ont été enregistrés. **Duffau-Lagaroose**, dans sa thèse inaugurale soutenue à Bordeaux, en 1893, a recueilli quelques cas de guérison.

Nous relatons quelques observations de péritonite post puerpérale, dans lesquels on est intervenu depuis 1893. Sur les 5 cas, il y a 4 décès.

Mais on peut remarquer que plusieurs interventions ont été pratiquées tardivement, et que dans plusieurs cas le processus infectieux avait produit en même temps que la péritonite suppurée, des lésions de tout le sys-

tème veineux (**Pourtales**) ou de l'appareil pulmonaire (**Rochard**, **Faure**). On a remarqué que l'opération avait d'autant plus de chance de réussir que la péritonite présentait plus de tendance à l'enkystement, à moins que la malade ne soit dans le collapsus, nous pensons qu'il est légitime de tenter par l'intervention une dernière chance de salut.

Dans les observations qui suivent, la technique opératoire a varié. **Faure** a fait deux fois l'hystérectomie vaginale. D'autres auteurs emploient l'hystérectomie totale ou subtotale par la voie abdominale. Il est difficile de donner *a priori* la préférence à l'un des procédés opératoires. Souvent on peut dire qu'il est préférable de pratiquer la laparotomie suivie de l'évacuation du pus, du drainage abdominal et vaginal. Bouilly insiste pour que l'incision soit petite (6 cent.) sous ombilicale, l'opération rapidement exécutée : les grands lavages nettoient la cavité péritonéale et l'intervention est terminée le plus rapidement possible.

Observation XVIII (Résumée.)

(Lapthown Smith. American journal of obstetric., 1892, t. I. p. 43-49.)

Un cas de péritonite puerpérale traitée par l'amputation de l'utérus. Mort.

Le placenta est tellement adhérent que la délivrance artificielle ne peut se faire en une fois. Elle ne fut jamais complète

et la malade présenta 40° de température avec un état général grave.

La laparotomie montra une congestion très prononcée du péritoine, de l'utérus et des annexes.

On pratique l'hystérectomie abdominale et la malade meurt.

A l'examen on trouva les débris du placenta tellement adhérents que celui-ci se déchirait plutôt que de se séparer du placenta. Les parois utérines étaient molles et friables. La coupe laissait sortir un liquide, séro-purulent.

Observation XIX

(Rochard. In Société de chirurgie du 5 mars 1901. Séance du 27 février.)

Infections puerpérales. Hystérectomie abdominale à pédicule externe. Mort.

A. C..., cantonnière, 38 ans, entre à l'hôpital le 23 avril 1898.

Voici les renseignements qu'on nous a donnés :

Présentation vicieuse oblique du tronc. Version impossible par manœuvres externes tentée le 24 avril.

25 avril. Application d'un ballon de Champetier. La température monte de 37° à 39°. L'anneau de Bandl est rétracté, empêchant le fœtus mort d'être expulsé. Odeur fétide.

Le 26 avril. Procidence d'un pied et d'une anse intestinale sphacélée. Chute de la température avec phénomènes adynamiques. Vomissements fécaloïdes. Une rupture utérine et diagnostiquée. On m'appelle auprès de la malade et je conseille la laparotomie que je pratique à onze heures du matin.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Je ramène l'utérus et sa palpation me fait reconnaître qu'il n'existe pas de rupture. L'extration du fœtus par le vagin est pratiquée et facilitée par

des pressions que j'exerce directement sur l'utérus. L'intestin sphacélé qui a fait penser à une rupture utérine est celui de l'enfant macéré.

Je constate une péritonite aiguë avec essudats pseudo-membraneux dans le petit bassin. L'S iliaque est de plus fixé par d'anciennes adhérences à la face postérieure de l'utérus. En décollant ces adhérences je fais une légère déchirure que je répare immédiatement et pour aller plus rapidement je pratique une hystérectomie abdominale sus-vaginale avec pédicule extra-péritonéal tenu par des broches. Cette extirpation se fait en quelques minutes. Le ventre est drainé par de gros drains et une mèche, et la paroi suturée en masse. La malade, très épuisée au moment où je l'opérai, meurt en hypothermie à sept heures du soir, malgré les injections de sérum et de caféïne.

Observation XX

(Faure. *In* Rapport de Rochard à la Société de chirurgie, séance du 27 mars. *Bulletin* et *Mémoire* de la Société de chirurgie du 2 avril 1901.)

Le 18 novembre 1897, Mme Lec..., 23 ans, entre à l'hôpital Laënnec en pleine affection puerpérale et dans un état très grave. L'accouchement remonte à quatre jours. La température est à 40°, le pouls est très mauvais, le ventre ballonné. Bref, la situation paraît désespérée.

Dans ces conditions, je pratique immédiatement une hystérectomie vaginale. Deux pinces à abaissement sont mises sur le col largement entr'ouvert.

Après désinsertion circulaire du vagin et décollement de la vessie, j'incise la paroi antérieure de l'utérus sur la ligne médiane. Mais au moment de saisir les lèvres de l'incision avec des pinces à abaissement ordinaires, le tissu utérin se déchire.

Il est impossible d'exercer sur lui la moindre traction. Je prends alors des pinces à kyster à larges plateaux avec lesquelles je saisis le tissu utérin. L'abaissement se fait alors avec la plus grande facilité.

Au moment où le fond de l'utérus appparaît à la vulve, une énorme quantité de pus, que j'évalue à environ deux litres, fait issue par le vagin.

Les ligaments larges sont saisis comme de coutume avec des pinces à mors courts et l'utérus enlevé. L'opération a duré six minutes.

Larges irrigations à l'eau bouillie. Drainage et tamponnement avec des mèches de gaze iodoformée.

L'état de la malade n'est nullement modifié ni en bien ni en mal et elle meurt le 20 novembre quarante-huit heures après.

A l'autopsie : péritonite purulente généralisée, pleurésie et péricardite purulentes.

Observation XXI

(Faure. *In* Rapport de Rochard à la Société de chirurgie, séance du 27 mars. In *Bulletin* et *Mémoire* de la Société de chirurgie du 2 avril 1902.)

Le 5 avril 1899, X..., opérée *in extremis* cinq jours après l'accouchement.

Cette observation est la répétition exacte de la précédente.

L'emploi de pinces à kyster en guise de pinces à abaissement rend l'opération extrêmement simple. Comme dans le cas précédent, une très grande quantité de pus s'écoule après l'extirpation de l'utérus.

Mort le lendemain.

Observation XXII (Résumée).

(H.-N. Vinclarg. New-York Medical Record, 1898, I, p. 377 (n° du 20 mars) séance de l'Académie de médecine de New-York du 24 février 1898.)

Hystérectomie abdominale dans la fièvre puerpérale aiguë. Guérison.

Série de frissons. Le 18e jour, T. 130° F. Pouls 120, début probable de péritonite : curettage. On enlève beaucoup de tissu placentaire. Lavage de l'utérus. Amélioration temporaire.

Le lendemain, l'état empire. Hystérectomie abdominale. La température tombe dès le lendemain. Dans l'utérus, on trouve des débris noirâtres fétides et abondants quoique les injections fussent faites toutes les quatre heures.

Le péritoine est épaissi, verdâtre ; les trompes et les ovaires étaient normaux. Guérison.

La conclusion des interventions au cours de la péritonite d'origine puerpérale est qu'il ne faut pas attendre l'apparition des phénomènes généraux qui précèdent l'agonie.

« Lorsque la réaction péritonéale est manifeste, on doit intervenir sans attendre la formation d'un épanchement abdominal très abondant. Le ballonnement du ventre, une douleur vive généralisée et surtout accusée dans les fosses iliaques, un état général grave sont des indications suffisantes de laparotomie. »

CONCLUSIONS

De l'étude de ces divers traitements, qui, tous ont des succès à leur actif, il nous semble résulter que la *valeur de chacun est d'autant plus grande, qu'il a été appliqué dès le début des accidents, avant l'invasion de tout l'organisme par la septicémie.* Aussi comme le médecin n'a pas toujours la faculté d'intervenir à son heure, il nous paraît utile de fixer les propositions suivantes :

I. **QUAND L'INFECTION EST LOCALISÉE A L'ENDOMÈTRE**, on doit employer :

Les injections intra-utérines continues ou non, l'écouvillonnage et le curettage suivi du drainage de l'utérus.

II. **QUAND L'INFECTION A GAGNÉ LE PARENCHYME UTÉRIN**, on doit toujours commencer par un curettage. Mais naturellement celui-ci ne suffit plus et la question de l'hystérectomie se pose. Ses indications nettes sont les suivantes :

a) Cas de rétention placentaire.

Quand le curettage ne parvient pas à détacher l'arrière-faix.

b) Infection coïncidant avec une déchirure ou perforation de l'utérus.

c) Chute d'une escharre pouvant causer une hémorragie mortelle.

d) Les abcès de l'utérus.

e) Les larges suppurations pelviennes, l'ablation de l'utérus pouvant seule permettre le draînage.

Cette hystérectomie doit être pratiquée par la voie abdominale.

III. **L'INFECTION OCCUPE LE PARAMÉTRIUM ET Y RESTE CANTONNÉE :**

Colpotomie de la collection de pus.

IV. **L'INFECTION A GAGNÉ LE PÉRITOINE :**

La laparotomie suivie de lavage du péritoine, du draînage par le ventre et par le vagin.

V. **L'INFECTION EST GÉNÉRALISÉE :**

Les abcès de fixation ;

Le lavage du sang.

Vu : Le Président de la Thèse
Paul SEGOND.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Audebert. — *Thèse* de Bordeaux 1890.

Baudin. — *Thèse*, Paris, 1901.

Bar et Tissier. — Traitement de l'infection puerpérale par le sérum antistreptococcique.

Boissard. — Société d'obstétrique, 17 décembre 1904.

Barton Cook Hirst. — Fièvre puerpérale traitée par le sérum antistreptoccique.

R. Boudmy. — De l'hystérectomie dans l'infection puerpérale aiguë. *Thèse*, Paris, 1899.

Bouilly. — Congrès français de chirurgie, 1899.

Béhier. — Quelques nouvelles observations d'infections puerpérales traitées par le froid. *Thèse*, Paris, juin 1899.

Brown. — De l'emploi de la curette comme moyen de diagnostic et de traitement.

P. Brumen.— Die operatione Therapie bei puerperal infection. *Correspondenz Blatt für Schweizer Aerzte* 1900, nº 11, p. 356. Gynecologia Helvetica.

Bucaille. — Des injections intra-utérines de sublimé au millième dans la prophylaxie des septicémies puerpérales.

Carpenter. — *Medical Record*. New-York 1896, I, p. 625. 2 mai.

Carteret Leonce. — De l'écouvillonnage préventif dans l'avortement. Paris 1900.

Chabert. — Traitement de la fièvre puerpérale par les bains froids. *Thèse,* Lyon, 1884.

Chéron. — Société obstétricale de France. Avril 1902.

Davis. — Fièvre puerpérale traitée par le sérum antistreptoccoccique. *American journal of obstétrie* 1886.

Delbet. — *In* traité chirurgie Duplay-Reclus.

Doléris. — Du curettage comme méthode de traitement des complications de l'avortement. *In* société d'obstétrique et de gynécologie, 11 mars 1886.

— Conduite à tenir dans l'avortement (curettage, écouvillonnage de l'utérus). Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1886.

Duffau-Lagarrosse. — *Thèse*, Bordeaux, 1893.

Durhsen.— Danger du curettage après l'avortement. (Munch, Med. Work, nº 29.

Feinberg (St-Pétersbourg). — Y a-t-il lieu de supprimer la curette dans le traitement de l'avortement.

W.-A. Frund. — Rapport au IVe Congrès international périodique de gynécologie et d'obstétrique de Rome, 15 septembre 1902.

Fieux. — 1º Curettage répété dans l'infection puerpérale. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux, mai 1892, p. 173.

2º Gynécologie, 1898, p. 173.

Fry. — Infection puerpérale et sérothérapie. *An. Journal of obst.*, sept. 1898.

Fochier. — *Lyon médical*, sept. 1901.

Georghiu. — Contribution à l'étude clinique du traitement de l'infection puerpérale. *Thèse*, Paris, 1900.

Gouzartschik. — Drainage capillaire de l'utérus dans les endométrites post-puerpérales. *J. d'obst. et de gyn.*, février 1898.

Guermonprez (Lille). — Hystérectomie abdominale totale. Comm. à l'Acad. méd. Paris, 15 sept. 1891.

Hamon. — Traitement des complications de l'avortement. *Thèse*, Paris, 1896.